

# Consenso per Microneedling a Radiofrequenza

Consenso informato per microneedling a radiofrequenza (dispositivi tipo Morpheus8) con screening di impianti, pacemaker e pelle

## Informazioni Cliente

Nome \*

Cognome \*

Indirizzo Email \*

Numero Telefono \*

Data di Nascita \*

GG / MM / AAAA

## Dettagli Trattamento

Aree di trattamento \*

☐ Viso

☐ Collo

☐ Mandibola / Submentale

☐ Addome

☐ Braccia

☐ Cosce / Glutei

☐ Altro

Obiettivi

☐ Rassodamento della pelle

☐ Cicatrici da acne

☐ Texture e pori

☐ Smagliature

☐ Riduzione del grasso sottodermico

Hai già effettuato trattamenti di microneedling o radiofrequenza? \*

☐ Sì ☐ No

## Anamnesi Medica

Sei incinta, stai cercando di concepire o stai allattando? \*

☐ Sì ☐ No

Hai una delle seguenti condizioni?

☐ Malattia autoimmune (lupus, artrite reumatoide, sclerosi multipla, ecc.)

☐ Disturbo della coagulazione o assunzione di anticoagulanti

☐ Diabete

☐ Storia di cicatrici cheloidee o ipertrofiche

☐ Cancro (attuale o negli ultimi 5 anni)

☐ Immunosoppresso / Disturbo immunitario

☐ Nessuna delle precedenti

Hai un pacemaker, defibrillatore o qualsiasi dispositivo elettronico impiantato? \*

☐ Sì ☐ No

Hai impianti metallici, placche o viti nell'area di trattamento o nelle vicinanze? \*

☐ Sì ☐ No

Hai assunto isotretinoina (Accutane) negli ultimi 6 mesi? \*

☐ Sì ☐ No

Hai acne attiva, infezione, herpes labiale o ferite aperte nell'area? \*

☐ Sì ☐ No

Hai effettuato filler, neurotossina o threads nell'area nelle ultime 2 settimane? \*

☐ Sì ☐ No

Hai melasma o una storia di iperpigmentazione post-infiammatoria? \*

☐ Sì ☐ No

Hai avuto un'esposizione solare significativa o abbronzatura nelle ultime 2 settimane? \*

☐ Sì ☐ No

Farmaci e integratori attuali

Allergie (farmaci, lattice, lidocaina, anestetici)

## Rischi e Complicazioni

Potenziali Rischi e Complicazioni:

- Arrossamento, gonfiore e sensazione di calore per 1-3 giorni; sanguinamento puntiforme e piccole crosticine sono attesi
- Segni a griglia dal pattern dell'ago, che scompaiono in pochi giorni
- Lividi, specialmente con anticoagulanti o olio di pesce
- Iperpigmentazione o ipopigmentazione, più probabile con pelle abbronzata, melasma o fototipo scuro
- Infezione o riattivazione di herpes labiale
- Ustioni, bolle o perdita di grasso se l'energia è troppo elevata (raro)
- Cicatrizzazione (rara)
- Irritazione nervosa — torpore o formicolio temporaneo (raro)

La maggior parte delle persone ha bisogno di una serie di 3 trattamenti a 4-6 settimane di distanza, con risultati di collagene che si sviluppano in 3-6 mesi. Una crema anestetica viene applicata prima del trattamento.

Comprendo l'arrossamento previsto, il gonfiore, i segni a griglia e il sanguinamento puntiforme, nonché i rischi meno comuni di cambio di pigmentazione, infezione, ustioni e cicatrizzazione.

Comprendo il downtime previsto e i rischi: \_\_\_\_\_

Confermo che non ho dispositivi elettronici impiantati o metallo nell'area di trattamento e ho comunicato tutti i farmaci, compresa l'isotretinoina e gli anticoagulanti.

Ho comunicato impianti e farmaci: \_\_\_\_\_

## Autorizzazione Fotografie

Possiamo scattare foto prima e dopo il trattamento per la tua cartella clinica? \*

☐ Sì — solo per la mia cartella medica

☐ Sì — e potete usarle anonimamente per il marketing

☐ No

## Registro Trattamenti

Solo per uso interno

|        | Data | Area | Profondità / Energia / Passaggi | Note |
|--------|------|------|---------------------------------|------|
| Voce 1 |      |      |                                 |      |
| Voce 2 |      |      |                                 |      |
| Voce 3 |      |      |                                 |      |
| Voce 4 |      |      |                                 |      |
| Voce 5 |      |      |                                 |      |
| Voce 6 |      |      |                                 |      |

## Consenso e Firma

Acconsento volontariamente al trattamento di microneedling a radiofrequenza. Sono stato informato dei benefici, rischi, alternative e potenziali complicazioni. Comprendo che questo è una procedura cosmetica elettiva, che i risultati variano e si sviluppano nel corso dei mesi, e che nessuna garanzia di risultato è stata data. Sciolgo il provider e la struttura da qualsiasi responsabilità legata a questo trattamento, ad eccezione dei casi di negligenza.

Confermo di aver letto e compreso le informazioni di cui sopra e do il mio consenso informato.

Ho letto e comprendo le informazioni di cui sopra: \_\_\_\_\_

Firma

Data

Stampa il nome

Data \*

GG / MM / AAAA

**Questo modulo è stato fornito gratuitamente da Consentify**

Consentify trasforma moduli come questo in consenso digitale che i tuoi clienti firmano direttamente dal loro telefono tramite codice QR — con PDF automatici, flag di controindicazioni e archiviazione crittografata. Piano gratuito disponibile su <https://getconsentify.com>.

Solo modello. Rivedi con il tuo professionista autorizzato o consulente legale prima dell'uso; i requisiti variano a seconda della giurisdizione e della pratica.